

## INFORME MÉDICO DEL NIÑO – GUARDERIAS (Child Health Report – Child Care Centers)

**Uso del formulario:** El uso de este formulario es obligatorio para cumplir con HFS 45.07(6)(L)3 y HFS 46.07(6)(k)3. También cumple con los requisitos del DWD 55.08(4). La falta a cumplir podría resultar en la emisión de una declaración por incumplimiento. La información de identificación personal reunida en este formulario se utilizará solamente para verificar el cumplimiento de los reglamentos que lo habilitan.

**Instrucciones:** Cada niño menor de 2 años de edad ser sometido a un examen de salud inicial no más de 6 meses antes o 3 meses después de ser admitido en el centro y deberá realizarse un examen de salud de seguimiento por lo menos una vez cada 6 meses después de la admisión. A excepción de niños en edad escolar, cada niño de 2 años de edad o mayor debe ser sometido a un examen de salud inicial no más de un año antes o 3 meses después de ser admitido en el centro y deberá realizarse un examen de salud de seguimiento por lo menos una vez cada 2 años después de la admisión.

### PADRE/MADRE o TUTOR – Complete esta sección

Nombre del Niño (Apellido, Nombre, Inicial)

Fecha de Nacimiento (mes/día/año)

Dirección del Niño (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

Nombre del Padre/Madre o Tutor (Apellido, Nombre, Inicial)

Dirección del Padre/Madre o Tutor (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

### PROFESIONAL DE LA SALUD – Complete esta sección

Instrucciones sobre la alimentación y atención de niños con problemas especiales de salud, entre otros, alergias. Especifique.

Fecha más reciente del examen de plomo en la sangre (Por reglamentos de Medicaid se requiere un examen entre las edades de 12 y 24 meses o una vez entre las edades de 3 y 5 años si no hay un examen previamente documentado): (mes/día/año)

Vacuna(s) que no deben administrarse al niño por razones médicas. Especifique.

### AUTORIZACIÓN

Certifico que he examinado al niño antes mencionado en la fecha que se indica y que él / ella puede participar en las actividades de guarderías.

Nombre del MD, PA o del proveedor de HealthCheck (a máquina o con letra de imprenta)

Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

FIRMA DEL MD, PA o proveedor de HealthCheck

Fecha del Examen Médico